

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1933

N°

590

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Marguerite DARD

Née le 11 Janvier 1906, à Londres

Contribution à l'Étude du Syndrome Entéro-Génital chez la femme

Président : A. GOSSET, Professeur

LES ÉDITIONS VÉGA

43, Rue Madame, 43

PARIS

1933

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Marguerite DARD

Née le 11 Janvier 1906, à Londres

Contribution à l'Étude
du Syndrome Entéro-Génital
chez la femme

Président : A. GOSSET, Professeur

LES ÉDITIONS VÉGA
43, Rue Madame, 43
PARIS
1933

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

LE DOYEN. M. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST .
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	EALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET

Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LÈREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE. LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNÉO. GRÉGOIRE. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	HOVELACQUE. MAUCLAIRE. MULON. VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
ALAJOUANINE. .	Neurologie et Psychiatrie.	JOYEUX	Parasitologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BÉNARD (H.) ..	Pathologie médicale.	LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.	HUGUENIN. . .	Anatomie pathologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.	LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.	LÉVY-VALENSI .	Neuro-psychiatrie.
BUSQUET	Pharmacologie.	LIAN	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.	HAZARD	Pharmacologie.
CATHALA.	Pathologie médicale.	MONDOR.	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.	MOREAU.	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	MOULONGUET. .	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES. .	Pathologie chirurgicale.	MOURE	Pathologie chirurgicale.
DOGNON.	Physique.	OBERLING	Anatomie pathologique.
DONZELOT. . .	Pathologie médicale.	OLIVIER. . . .	Anatomie.
ECALLE	Obstétrique.	PIÉDELIEVRE ..	Médecine légale.
FEY.	Urologie.	PORTES	Obstétrique.
GARNIER.	Pathologie expérimentale.	QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
GASTINEL	Bactériologie.	RICHET	Physiologie.
GATELLIER. . .	Pathologie chirurgicale.	SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
GIDOU	Histologie.	VALLERY-RADOT	
HARVIER.	Pathologie médicale.	(Pasteur) ..	Pathologie médicale.
HOVELACQUE ..	Anatomie.	VAUDESCAL. . .	Obstétrique.
HUTINEL.	Pathologie médicale.	VELTER	Ophthalmologie.
JOANNON	Hygiène.	VERNE.	Histologie.
		VIGNES	Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le Service des Examens

MM.		MM.	
LEQUEUX.	Obstétrique.	RETTERER	Histologie.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.	ZIMMERN	Physique.
		LEROUX.	Anatomie pathologique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	CHEVASSU	} Clinique chirurgicale. (suite)
CHIRAY		HEITZ-BOYER..	
DUVOIR		MOCQUOT	
		SCHWARTZ	
		LE LORIER.	} Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL ..	
		METZGER.	
		GUÉNIOT.	

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopé- dique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Education physique.
WEIL-HALLÉ.	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A M. le Professeur GOSSET

*qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

A Mme le Docteur FRANCILLON-LOBRE

*qui nous a inspiré cette thèse et qui
nous a guidé de ses conseils.*

A Mlle le Docteur PALISSE

qui nous a tant aidé et encouragé.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur GOSSET

A la mémoire du Professeur WIDAL

A MM. PROUST.

MARCEL LABBE.

GUILLAIN.

BOURGUINON.

BRINDEAU.

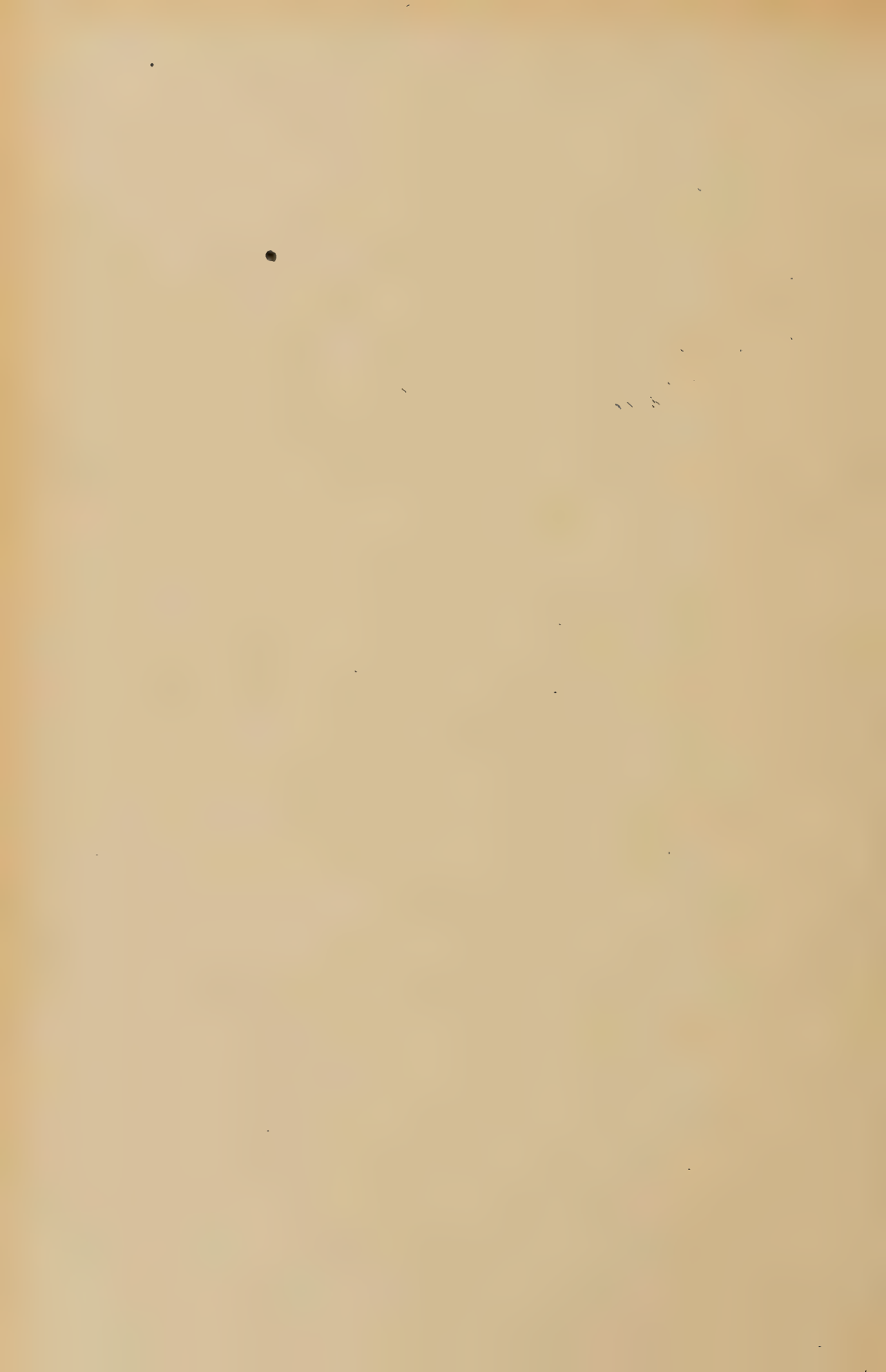
LEGUEU.

CLAUDE.

TERRIEN.

LEMAITRE.

SEZARY,



INTRODUCTION

Il est impossible de suivre un service de gynécologie sans être frappé par l'existence fréquente d'affections intestinales chez les malades qui viennent consulter. Cette notion est si banale que, même dans une observation schématique, on interroge la malade sur l'état de son intestin immédiatement après s'être enquis de ses antécédants génitaux et urinaires. Mais le plus souvent on n'attribue pas à l'intestin un rôle pathogénique direct dans l'affection gynécologique.

Les deux grands facteurs étiologiques dans les maladies de l'appareil génital de la femme sont incontestablement la puerpéralité et la blennorragie. Mais il n'est pas moins indéniable que, parfois, rien ne permet d'affirmer l'existence de l'un de ces facteurs dans les antécédants de la malade. Faut-il conclure, lorsque l'étiologie classique fait défaut, que la malade dissimule l'existence d'un avortement antérieur, qu'elle a méconnu une infection blennorragique ou que l'examen bactériologique n'a pas pu mettre le gonocoque en évidence? Ne doit-on pas chercher ailleurs la racine du mal?

Lorsqu'on se trouve en présence d'une affection intestinale, ne doit-on pas l'incriminer dans la pathogénie de l'affection gynécologique? Le laboratoire semble confirmer les constatations cliniques.

C'est l'étude du « syndrome entéro-génital » qui fera l'objet de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

LE SYNDROME ENTERO-GENITAL

Le fait clinique

Le rôle de l'intestin dans la pathogénie des affections gynécologiques n'est pas une notion nouvelle, mais il appartient aux auteurs récents d'avoir étudié systématiquement ce rôle et d'avoir démontré l'existence d'un véritable syndrome entéro-génital.

Il n'est peut-être pas inutile de citer à l'appui de nos affirmations les écrits de quelques autorités connues.

Second, il y a longtemps, avait attiré l'attention sur ce qu'il appelait le « flirt appendiculo-ovarien ».

J.-L. FAURE et SIREDEY ont également pris en considération l'influence de l'intestin sur l'évolution des maladies gynécologiques.

« Il n'est pas douteux que les infections de l'intestin puissent retentir sur les organes génitaux, et c'est de ce côté peut-être que l'on trouverait l'explication

de certaines complications ou aggravations dont les causes nous échappent.

« La poussée d'entéro-colite se complique fréquemment d'une recrudescence des inflammations préexistantes de l'utérus et des annexes...

« ...Doit-on aller plus loin dans cette voie et soupçonner une origine intestinale à certaines infections de l'utérus et des annexes dont la cause nous échappe? » (J.-L. FAURE et SIREDEY. Traité de gynécologie.)

Ces auteurs laissaient déjà entrevoir le rôle direct de l'intestin dans les infections gynécologiques, ils sont beaucoup plus affirmatifs en ce qui concerne l'*influence* de l'intestin sur le terrain où sont appelées à évoluer les métrites et les salpingites. Nous y reviendrons lorsque nous aborderons l'étude du traitement.

POINCLoux et BASSET, auteurs récents, ont été les premiers, semble-t-il, à parler d'un « syndrome entérogénital ».

« Nous sommes frappés, écrivent-ils, par la fréquence des désordres au niveau de l'appareil digestif constatés chez les femmes atteintes de métrite. Il y a certainement une association dys-fonctionnelle qui mérite le nom de syndrome entéro-génital...

« ...Cette association dys-fonctionnelle paraît même plus étroite entre les organes génitaux de la femme et l'intestin qu'entre le rein et l'intestin par exemple. »

Quelques données bactériologiques

Avant de pouvoir se prononcer sur la nature d'une infection il faut l'étudier au point de vue bactériologique.

La diversité de la flore microbienne du conduit génital féminin est connue surtout depuis les travaux de HALLÉ.

FEIGHINE, dans sa thèse « Bactériologie et vaccination dans les métrites » (Thèse de Paris 1914) donne le résultat de longues et minutieuses recherches. Elle aurait réussi à isoler 23 espèces différentes.

Il semble néanmoins que la plupart de ces bactéries vivent à l'état de saprophyte dans la région vulvaire et ne jouent qu'un rôle secondaire à l'occasion de poussées inflammatoires spécifiques.

Les travaux de ces dernières années ont permis d'isoler au niveau du col utérin des micro-organismes d'origine intestinale : le colibacille et l'entérocoque en particulier.

Voici les résultats obtenus par quelques auteurs dans leurs recherches : POINCLOUX ayant examiné 152 prélèvements de sécrétions cervicales pathologiques a retrouvé 42 fois le colibacille.

Xavier COLANERI a trouvé dans 95 % de cas de mé-

trite chronique soit des colibacilles, soit des entérocoques, soit les deux réunis.

Le Dr SCHIL (Paris Médical, 24 Juin 1926) rapporte les résultats de 62 observations.

1° dans 13 cas il a trouvé le colibacille et l'entérocoque associés ou non à d'autres germes).

2° dans 5 cas le colibacille seul.

3° dans 3 cas l'entérocoque seul.

Mlle le Dr PALISSE nous a communiqué près de 20 résultats d'analyses bactériologiques où figuraient l'entérocoque ou le colibacille ou les deux associés.

Enfin dans le service de Mme le Dr FRANCILLON LOBRE nous avons trouvé 10 fois sur 44 examens de laboratoire le colibacille ou l'entérocoque.

CHAPITRE II

PROPAGATION DE L'INFECTION

Propagation directe

L'analyse bactériologique ayant démontré la présence de colibacille et d'entérocoque dans les sécrétions utérines, on peut se demander par quelle voie ces micro-organismes parviennent à l'utérus.

La seule proximité de l'intestin, même de l'intestin normal, constitue un voisinage dangereux pour l'utérus.

« Les affections de l'intestin ont avec les maladies génitales de la femme des rapports aussi fréquents que variés. Le rectum n'est séparé de l'utérus que par un cul-de-sac du péritoine. Les lymphatiques de ces organes communiquent au niveau des ligaments utéro-sacrés. Ces connexions deviennent plus étendues et plus intimes lorsque des adhérences se sont produites qui unissent le rectum à l'utérus et aux annexes en prolapsus dans le cul-de-sac de DOUGLAS. On ne saurait oublier, d'autre part, la continuité du tissu cellulaire des fosses iliaques avec celui du bas-

sin, les lymphatiques décrites par Caldo, qui vont de l'appareil coecal à la trompe droite. On comprend que dans ces conditions les infections se propagent facilement d'un organe à l'autre.» (J.-L. FAURE et SIREDEY, Op. cit.)

L. SCHIL reconnaît également que la propagation de l'infection peut se faire directement par le contact des organes génitaux enflammés avec divers segments pelviens de l'intestin.

L'infection par voisinage est admise également par Xavier COLANERI qui, avec BÉCART, a fait de cette présomption une quasi certitude en soumettant systématiquement certaines pièces opératoires à l'examen bactériologique.

« Je reprends moi-même en ce moment les études de BÉCART. A chacune de mes interventions chirurgicales abdominales, j'ensemence des morceaux, soit d'épiploon, soit d'adhérences ou bien je fais des frot-tis sur le ligament large et le dôme utérin.

« Les cultures d'épiploon ou d'adhérence ont toujours été positives et sur le ligament large, j'ai trouvé du colibacille. A ce sujet on peut émettre l'hypothèse du rôle de la cavité péritonéale et du passage direct du microbe à travers les membranes de l'intestin, par effraction probablement au niveau des lésions mu-queuses et leur transport par la cavité péritonéale vers les organes du petit bassin. » (X. COLANERI. Journal de médecine de Paris, 4 septembre 1930).

Contamination indirecte

La contamination indirecte, c'est-à-dire par propagation vaginale est difficile à prouver mais semble infiniment probable.

La proximité de l'anus et du méat urinaire exposent la vulve à la contamination par l'entérocoque et le colibacille. A la faveur d'une vulvo-vaginite, ou même sans cause apparente, ces micro-organismes, déposés à la vulve peuvent gagner le col utérin. Le colibacille en particulier trouvera souvent dans le vagin de bonnes conditions de développement — il suffit en effet qu'il rencontre un milieu alcalin. Certaines femmes entretiennent un état d'alcalinité vaginal par l'usage d'injections à base d'alcalins (tel le bicarbonate de soude, d'une utilisation extrêmement fréquente). Enfin les conditions d'alcalinité favorables à la pullulation se rencontrent au moment des époques menstruelles.

Voie sanguine

En ce qui concerne le colibacille, il n'est pas sans intérêt de rappeler les travaux de FISCH sur la dissémination par la voie sanguine. FISCH suppose que le colibacille peut quitter l'intestin et passer dans la circulation générale où il serait atténué et fragmenté et finalement éliminé par l'appareil urinaire.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Traitement intestinal adjuvant dans les affections gynécologiques en général

A coup sûr les affections gynécologiques et intestinales ont des rapports étroits entre elles. Une poussée de colite peut être le point de départ d'une suppuration annexielle, ou peut favoriser l'évolution aiguë d'une métrite déjà existante. Et, réciproquement, toute infection gynécologique peut avoir une répercussion importante sur une affection intestinale (colite, entéro-colite, appendicite).

Les affections intestinales préparent en quelque sorte un terrain particulièrement propice à l'éclosion des maladies génitales de la femme.

« Les troubles digestifs si fréquents à la suite d'une mauvaise hygiène alimentaire peuvent se compliquer du relâchement des viscères et des tissus fibreux de

l'abdomen. Les dilatations de l'estomac, les ptoses abdominales, hépatiques, rénales, gênent la circulation abdominale. Il en est de même des intoxications alimentaires, de la constipation et de la réplétion exagérée de la vessie auxquelles tant de femmes s'habituent avec trop d'indifférence.

« ...Les influences diathésiques ne sauraient créer une métrite ou une salpingite. Mais il est incontestable que les poussées congestives des neuro-arthritiques, avec l'hypersecrétion qu'elles provoquent, facilitent dans une certaine mesure l'invasion du col par les germes morbides... Les diathèses, surtout la diathèse neuro-arthritique, peuvent avoir une action particulière sur la marche des métrites par une accentuation des poussées congestives et des processus sclérogènes. » (J.-L. FAURE).

Il nous a paru utile d'insister sur le rôle adjuvant de l'intestin dans la pathogénie des affections gynécologiques, car une thérapeutique qui n'en tient pas compte est une thérapeutique incomplète.

Il faut donc avant tout inculquer aux malades des règles d'hygiène alimentaire. Et chez la femme l'hygiène alimentaire consiste surtout à éviter la constipation. La stase du bol fécal dans le voisinage de l'utérus et des annexes constitue une menace permanente pour ces organes. Combien de femmes sont constipées et combien d'entre elles, par ignorance ou

par négligence, s'habituent à cet état de chose et ne cherchent même pas à la combattre.

On luttera contre la stase intestinale par un régime approprié et par l'emploi de laxatifs doux. On recommandera la culture physique modérée.

Nous nous devons de signaler ici les résultats encourageants du massage gynécologique utilisé si couramment dans le service de Mme le Dr Francillon LOBRE. Non seulement ce massage excite par voie réflexe le péristaltisme intestinal, mais en tonifiant la paroi abdominale, il contribue à la suppression des ptoses si favorables à la stase.

Mais l'effet principal du massage est de libérer l'utérus dévié des adhérences et de lutter contre la production de cellulite. Nous avons déjà vu combien les adhérences et néoformations lymphatiques prédisposent l'utérus à l'infection.

Traitement spécifique des infections gynécologiques d'origine intestinale

Nous avons reconnu l'importance du rôle adjuvant de l'intestin dans les affections gynécologiques déjà existantes. Peut-on affirmer qu'il y ait des affections gynécologiques relevant uniquement d'une infection intestinale?

Il est incontestable que dans certains cas pathologiques, le colibacille et l'entérocoque sont retrouvés au niveau de l'utérus. D'autre part il paraît évident que ces microorganismes peuvent passer par voie directe ou indirecte de l'intestin aux organes génitaux.

Il semble que lorsqu'on ne trouve en cause aucun autre facteur étiologique, la présence de microorganismes intestinaux dans les sécrétions utérines soit suffisante pour affirmer l'origine intestinale de l'affection gynécologique. Le traitement doit donc être dirigé contre l'infection spécifique.

Examinons les résultats obtenus par les quelques auteurs qui ont travaillé en ce sens.

Mme le Dr Francillon recommande le traitement suivant :

Traitement intestinal comprenant un vaccin buccal (stock vaccin ou auto-vaccin) l'absorption quotidienne de 1 gr. de chlorure d'ammonium.

Le régime vise surtout la suppression de pâtes et de féculents.

La vacuité intestinale sera assurée par les mucilages et l'huile de parafine.

Traitement local : pansements au vaccin polyvalent appliqué sur le col.

La diathermie vaginale et le massage seront mis en œuvre pour lutter contre les adhérences, la congestion et les déviations utérines.

L. SCHIL admet que la contamination s'opère le plus fréquemment par le passage direct du colibacille ou de l'entérocoque dans l'utérus. Son premier soin est de supprimer par le massage les contacts de l'utérus et de l'intestin. Il prescrit un traitement général spécifique qui consiste en injections sous-cutanées d'auto-vaccin. Enfin il recommande les pansements cervicaux de bouillon vaccin.

SCHIL a traité 19 malades par cette méthode et a obtenu 16 guérisons définitives.

GALLOIS préconise pour ce qu'il appelle le « syndrome entéro-réno-vagino-utérin » et dont il a observé 12 cas :

- 1° vaccination locale de la vessie;
- 2° traitement de l'intestin par ingestion de vaccin;
- 3° vaccin-pansements locaux utérins.

Dans chaque cas ce traitement aurait donné d'excellents résultats. L'auto-vaccin a été employé exclusivement.

FISCH recommande le port d'une bonne ceinture, ayant remarqué que les métrites à colibacilles se produisaient généralement chez les femmes dont l'intestin est posé. En outre, il préconise un régime adéquat et une cure de stock vaccin anti-colibacillaire per os. Quant au traitement local, on fera des instillations intra-utérines de filtrat anti-colibacillaire ou bien on

se bornera à appliquer le vaccin sur le col en pansement.

Xavier COLANERI emploie la méthode suivante :

1° *Traitement intestinal*. — Ce traitement a pour but la destruction du microbe, l'acidification du milieu humoral et la suppression des fermentations. La destruction du microbe est obtenue par l'emploi d'un auto-vaccin buccal; cette vaccination sera continuée après la fin du traitement utérin. Pour acidifier le milieu, l'auteur prescrit le chlorure d'ammonium pur. Enfin il institue un régime anti-fermentescible.

2° *Traitement utérin*. — X. COLANERI préconise indifféremment l'instillation intra-utérine de l'auto-vaccin ou le simple pansement-vaccin appliqué contre le col. Il signale néanmoins la possibilité de réactions fébriles bénignes dans le premier cas. Cette méthode a donné les résultats suivants : sur 65 malades traitées et soumises au contrôle bactériologique et clinique, 56 ont été complètement guéries; 6 malades n'ont pas pu être suivies et dans trois cas le traitement a échoué.

Dans la consultation de gynécologie de la Salpêtrière, les conditions matérielles ne permettent malheureusement pas d'entreprendre systématiquement l'examen bactériologique chez toutes les malades qui se présentent. Les recherches sont d'autant plus délicates que le colibacille ne se retrouve pas toujours

à l'examen direct, il faut, le plus souvent, recourir à l'ensemencement.

Les moyens dont dispose une consultation d'hôpital ne permettent pas non plus la préparation d'auto-vaccins. L'affection gynécologique est soignée localement et selon les indications. Les pansements vaginaux, en dehors de leur rôle habituel d'antiseptiques interviennent ici pour acidifier le milieu, condition primordiale pour empêcher la pullulation.

L'intestin sera traité par un stock vaccin polyvalent per os.

Nous reviendrons sur le traitement à propos de chaque cas individuel dans les observations qui suivent.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Une partie des observations qui suivent provient de la consultation de gynécologie de Mme Francillon LOBRE. Une autre partie, et non la moins importante, nous a été communiquée par Mlle le Dr PALISSE; qu'elle trouve ici l'expression de nos vifs remerciements.

1° *Vulvo-vaginites*

I

Mme L. JEANNE vient consulter le 23 mai. Depuis plusieurs jours elle éprouve des envies fréquentes d'uriner et de la douleur à la miction. En même temps, elle a vu apparaître des pertes abondantes verdâtres. Elle se plaint de sensations de brûlure dans le vagin. Elle est habituellement constipée et il lui semble que sa constipation a augmenté depuis quelque temps.

Elle n'a jamais eu d'enfants.

Dans ses antécédants on relève une blennorrhagie. Elle a été soignée il y a plus d'un an. Elle semblait guérie.

Au toucher, on trouve un utérus normal, bien placé, rien d'annexiel. Le speculum révèle un col sain, mais la muqueuse vaginale est rouge et la vulve tuméfiée. On soupçonne une nouvelle poussée gonococcique et l'examen bactériologique du prélèvement vaginal est fait en ce sens. Le microscope montre une abondante desquamation endothéliale et épithéliale une flore microbienne très exaltée et quelques diplocoques banaux parmi de nombreux éléments entérococcimorphes.

Traitement : injections émollientes à la guimauve, quelques pansements vaginaux picriqués. Vaccin intestinal.

La malade est rapidement améliorée.

III

Mme C. Odette, âgée de 49 ans, consulte le 10 février 1933. Depuis deux mois elle a des pertes blanches extrêmement irritantes. Elle a fait des injections chaudes sans aucun résultat d'ailleurs.

Elle souffre depuis longtemps du foie et de l'intestin.

Elle a deux enfants.

L'examen montre que l'utérus est bien placé; rien du côté des annexes. Le col est sain mais légèrement déchiré. La muqueuse vulvo-vaginale est très enflammée.

Le teint est légèrement subictérique.

L'examen bactériologique des sécrétions vaginales montre une flore microbienne rare où l'on distingue néanmoins des diplocoques banaux et de l'entérocoque.

La vaginite est traitée localement par des injections de camomille, quelques pansements picriqués et 6 séances d'effluviation.

Le foie et l'intestin sont soignés par un régime adéquat (légumes verts, viandes grillées, fruits cuits, suppression d'œufs, épices, etc.). L'amélioration est rapide.

Le 17 juin la malade revient consulter. Les mêmes symptômes sont apparus quoique atténués. Le même traitement est appliqué, le régime repris. Les symptômes de vaginite disparaissent au bout de quelques jours.

IV

Mme L. Lucienne vient consulter le 15 juillet 1933 pour des pertes blanches légèrement irritantes. Elle n'a pas de troubles urinaires, mais a été déjà soignée pour de l'entéro-colite et se plaint encore de douleurs dans l'intestin.

En 1932, la malade a été soignée pour une infection blennorragique. A l'examen, l'utérus paraît normal, en bonne position. Le col est sain. L'examen au speculum est très mal supporté. La muqueuse vulvaire est très irritée.

Examen du prélèvement : flore microbienne peu abondante, présence de coryne bactérium, de diplocoques banaux et d'éléments entérococcimorphes. Examen par culture : entérocoques, diplocoques banaux et coryné bactérium.

Traitement : pansements picriqués et vaccin intestinal polyvalent et régime.

Les symptômes de la vaginite ont regressé dès les premiers jours. Le traitement intestinal a été prolongé.

V

Mme B. Louise, âgée de 43 ans, consulte le 7 juillet 1933 pour une irritation violente dans la région périnéale.

Le toucher ne révèle rien d'anormal. Le vagin, la vulve et toute la région périnéale, par contre, sont le siège d'une inflammation aiguë.

A l'examen bactériologique des prélèvements, on trouve de l'entérocoque en abondance.

On traite la malade par des injections émollientes et on lui administre un vaccin intestinal. Les symptômes sont rapidement améliorés.

Nous n'avons pas pu suivre cette malade.

VI

Mlle P. Marie-Louise, âgée de 27 ans. Cette malade avait été envoyée dans le service par un médecin qui avait diagnostiqué : écoulement blennorragique.

Cette malade avait en effet des pertes blanches très abondantes depuis un an et éprouvait au moment où elle est venue consulter, de l'irritation vulvaire. Elle était réglée normalement, n'avait, disait-elle, aucun antécédant gynécologique.

Son hymen paraissait intact et l'examen, particulièrement difficile, ne montra rien d'anormal sinon une inflammation vulvo-vaginale. On pratiqua un prélèvement mais le laboratoire ne donna pas une réponse précise.

On commença donc le traitement prescrit par le médecin : effluation et pansements Bass.

Mais, voyant au bout de plusieurs semaines qu'il ne se manifestait aucune amélioration, on fit faire un deuxième examen bactériologique. Cette fois, le résultat était le suivant : flore microbienne abondante et variée où domine l'entérocoque. On cesse immédiatement l'emploi du vaccin anti-gonococcique et, tout en continuant le traitement vaginal, on entreprend une cure de vaccino-thérapie intestinale. Il nous semble que ce traitement commençait à donner de bons résultats, mais nous n'avons pu suivre cette malade.

2° Métrites

I

Mme D. Adrienne consulte le 28 juin 1933. Brusquement, elle a vu apparaître des pertes abondantes et verdâtres. En outre, elle éprouve des troubles intestinaux, alternatives de diarrhée et de constipation.

On ne retrouve rien dans ses antécédants gynécologiques. Ni enfant ni fausse-couche.

L'examen montre un col métritique très ulcéré.

L'analyse bactériologique révèle une flore microbienne très exaltée où domine l'élément entéroccique. L'examen par culture confirme l'existence d'entérocoques.

Traitement : la malade est mise au régime des entéritiques et prend un vaccin intestinal. Localement : pansements picriqués, effluves dans le col.

Les pertes disparaissent rapidement. L'état intestinal s'améliore. Les ulcérations du col sont assez longues à guérir.

II

Mme A. Jeannine, âgée de 27 ans, avait une blennorrhagie en 1929. Au bout de 2 mois de traitement, l'examen bactériologique était négatif. Elle n'avait pas souffert depuis cette époque, ne se plaignant que

d'une constipation habituelle. Le 11 juillet 1933, à l'apparition brusque de pertes blanches, elle vient consulter croyant à un réveil de son ancienne affection.

Son utérus est petit, bien placé. Le col est sain mais l'écoulement leucorrhéique est important. L'examen des prélèvements ne montre pas de gonocoques mais seulement des éléments entérococcimorphes et du coryné bacterium. Traitée par injections antiseptiques et vaccin intestinal. Amélioration.

III

Mme L. Marie avait, il y a un an environ une rétroversion de l'utérus qui avait été très améliorée par le massage.

Elle revient consulter le 10 mai 1933 : pertes blanches abondantes, mictions fréquentes et pénibles, constipation opiniâtre et douleurs diffuses dans l'abdomen.

A l'examen clinique on trouve l'utérus en position intermédiaire, le col rouge mais non ulcéré.

Les urines sont claires, l'examen bactériologique ne montre rien. Par contre, l'examen par culture des sécrétions cervicales met en évidence l'entérocoque.

Traitement : massage, diathermie, pansements et vaccin intestinal per os.

Régression rapide de tous les symptômes.

IV

Mlle M. Renée commence à maigrir en avril 1932. Elle éprouve une sensation de lassitude générale, une grande nervosité (irritabilité et cauchemars). La digestion est lente et pénible. Elle a des poussées de fièvre après la moindre fatigue (38° par exemple après une marche tout à fait modérée).

Elle a des pertes blanches abondantes, elle ne tousse pas, mais on lui conseille de se faire examiner au point de vue pulmonaire. La radioscopie et l'auscultation semblent écarter le diagnostic de la tuberculose.

Le 7 juillet 1933 la malade vient consulter pour ses pertes blanches.

Le toucher vaginal pratiqué avec un seul doigt montre un utérus rétroversé, mais rien d'annexiel. Le col examiné au moyen du speculum pour vierges est très métritique et l'écoulement leucorrhéique considérable.

L'analyse des prélèvements met en évidence une abondante desquamation épithéliale, de nombreux colibacilles et des éléments entérococcimorphes.

Traitement par bactériointestiphage et attouchement du col alternativement à l'argyrol et à l'acide picrique.

En 15 jours les pertes disparaissent complètement et l'état général est très satisfaisant.

V

Mme S. Rachel. Cette malade à la suite d'une angine assez grave a vu apparaître brusquement des pertes blanches purulentes. En même temps elle a eu des vomissements et de la diarrhée. En un mois elle maigrit de cinq kilos.

Elle vient consulter le 1^{er} juillet 1933.

L'utérus est en bonne position, rien d'annexiel, le col est ulcéré.

L'examen bactériologique montre quelques diplocoques banaux, quelques cellules de levure et de nombreux éléments entérococcimorphes.

On prescrit des injections légèrement antiseptiques, quelques attouchements picriqués du col. Pour l'état intestinal et hépatique un vaccin buccal polyvalent et de l'agocholine.

Au bout de 10 jours de traitement les écoulements purulents et les vomissements disparaissent. La malade déclare son état général satisfaisant.

VI

Mlle V. Anne consulte le 23 juin 1933. Elle a des pertes blanches abondantes depuis des années et souffre souvent dans le côté droit. Les règles sont normales.

Pas de constipation, mais beaucoup de gaz.

L'examen ne révèle pas de signe de McBURNEY, mais la fosse iliaque droite est douloureuse à la pression. Rien d'annexiel, utérus scléreux et bien placé.

Au speculum : col légèrement métritique et petit polype.

La malade aurait eu une infection gonococcique il y a dix ans, mais elle a été soignée et depuis fait faire des examens réguliers. On n'aurait pas retrouvé de NESSER.

On fait néanmoins un nouveau prélèvement : pas de diplocoques, mais de nombreux éléments entéro-coccimorphes.

Traitement par injections légèrement antiseptiques et vaccin intestinal.

La malade revue le 30 juin paraissait guérie.

VII

Mme V. Rosa, mariée depuis un an et demi consulte le 29 mai 1933. Depuis quelques jours pertes blanches et sensation de pesanteur dans le bas-ventre.

A toujours été constipée, rien de particulier dans les antécédants génitaux.

On trouve l'utérus en arrière et un peu à droite, le col paraît sain.

L'examen bactériologique montre de rares diplocoques et des éléments entéro-coccimorphes.

L'utérus est mis en place par le massage; quelques pansements picriqués et l'absorption de vaccin intestinal complètent le traitement.

Le 22 juin le malade est complètement guérie.

VIII

Mme F. Emilie se plaint depuis trois ans de nausées. Depuis une semaine apparition de pertes blanches, sensation de pesanteur et brûlures dans le vagin.

Cette malade a un passé intestinal très chargé. A 14 ans elle a été opérée pour occlusion intestinale, appendicite et péritonite, elle n'a jamais cessé de souffrir du ventre.

Son utérus est gros et rétroversé. L'orifice du col est punctiforme, la muqueuse vaginale est irritée.

Les sécrétions cervicales renferment des éléments colimorphes et entéroccimorphes.

Traitement : vaccin intestinal polyvalent, massages et effluation vaginale. Les symptômes utéro-vaginaux régressent en quelques jours; l'état intestinal est amélioré.

IX

Mme R. Germaine vient consulter le 24 mars 1933 pour pertes blanches et douleurs dans le bas ventre. Elle a eu trois avortements et souffre depuis longtemps, mais ces symptômes se sont accentués derniè-

rement; en même temps, elle a remarqué que sa constipation habituelle avait une tendance à devenir plus opiniâtre.

L'utérus est gros, mou, le col paraît sain, leucorrhée abondante.

Analyse bactériologique : flore exaltée particulièrement riche en entérocoques, bacilles colimorphes et diplocoques banaux.

Traitement : injections légèrement antiseptiques, diathermie, vaccin intestinal.

Guérison rapide.

X

Mme A. Mathilde a été soignée pour infection gonococcique il y a six ans. A fait faire plusieurs prélèvements depuis cette époque, tous ont été négatifs. La malade vient consulter le 15 juin 1933 pour des pertes abondantes, verdâtres et très liquides. Souffre de douleurs diffuses dans l'abdomen. Depuis longtemps elle a des alternatives de diarrhée et de constipation.

L'utérus est bien placé, le col légèrement métritique.

L'examen des prélèvements montre de nombreux colibacilles et des éléments entérococcimorphes; pas de diplocoques.

Traitée par un vaccin intestinal et des pansements vaginaux picriqués les pertes disparaissent rapidement. La malade continue néanmoins à souffrir légèrement.

XI

Mme M. Nina vient consulter au mois de mai 1933. Dès la fin de ses règles, elle a éprouvé du prurit vulvaire et a eu des pertes blanches assez abondantes. A l'examen clinique, on a constaté une inflammation des petites lèvres et de la muqueuse vaginale, une légère congestion utérine. On a diagnostiqué une vulvo-vaginite banale. On lui a prescrit des injections émollientes, une pommade antiprurigineuse et quelques séances d'effluation vaginale. Au bout de quelques jours il y a eu amélioration générale de tous les symptômes.

Le mois suivant, à la fin des règles, la malade a vu apparaître les mêmes symptômes, mais cette fois plus atténués.

Une analyse bactériologique des sécrétions a montré du colibacille en abondance.

On prescrit un vaccin anticolibacillaire; il y a une amélioration rapide. La malade revue au mois d'octobre se déclare parfaitement guérie.

XII

Mme C. Marcelle consulte le 24 juin 1933 pour douleurs dans le côté gauche dont elle souffre depuis des années. Elle a été opérée pour l'appendicite en avril 1933, mais l'opération n'a pas apporté de soulagement. Ses règles sont très douloureuses, l'obligeant à garder le lit.

Ni enfant, ni fausse-couche. Constipation habituelle.

A l'examen on trouve l'utérus rétroversé, dévié à gauche et même adhérent au sigmoïde.

L'analyse des sécrétions ne montre pas de gonocoques, mais d'abondants pseudo-diphthériques et quelques éléments que l'on croit être des colibacilles.

Le massage, la diathermie et le traitement intestinal ont été institués. Nous avons perdu de vue la malade dès le début du traitement.

XIII

Mme H. Georgette, 29 ans, vient consulter en février 1932. Depuis un an et demi la malade est mal réglée, ne perdant qu'un jour par période menstruelle. Elle a des pertes blanches depuis trois semaines. Elle aurait beaucoup engraisé, se plaint également de nervosité, de bouffées de chaleur, de douleurs dans la région lombaire et de céphalée.

Elle a eu une fausse-couche il y a six ans et un enfant il y a trois ans et demi.

L'utérus est bien placé, les culs-de-sac sensibles, le col très métritique.

L'examen des prélèvements ne montre pas de gonocoques, mais des colibacilles en abondance.

La malade est traitée par des pansements vaginaux

picriqués, extraits d'ovaire et vaccin anti-colibacillaire.

Amélioration considérable.

3° *Annexites*

(Les deux cas qui suivent ont été observés personnellement par Mme le Dr FRANCILLON-LOBRE.)

I

Mme F. E., âgée de 27 ans, consulte en juillet 1930.

Depuis 3 mois elle souffre du ventre et le soir a des poussées de température (38° à $38^{\circ}5$); la température le matin est de $37^{\circ}7$. Elle ne peut marcher sans souffrir. Elle a des pertes leucorrhéiques. Les règles ont augmenté de durée.

Depuis plusieurs mois, elle suit un régime, étant atteinte de colite. On ne lui fait pas de vaccin La colite ne semble pas s'améliorer.

Elle a un enfant de 1 an; les suites de couches ont été parfaitement normales. A l'examen, on trouve un utérus gros, peu mobile, métritique. Les deux culs-de-sac latéraux sont douloureux et empatés.

Au speculum on trouve un col ulcéré et d'abondantes glaires jaunâtres.

L'examen bactériologique des sécrétions montre du colibacille, de l'entérocoque et du staphylocoque.

Traitement : Repos au lit avec compresses chaudes. Bactérintestiphage et pansements locaux au vaccin.

Il en résulte une guérison complète des lésions pel-

viennes et de la colite. La malade a été revue plusieurs fois et n'a jamais fait de rechute.

II

Mlle S., 32 ans. En novembre 1929, a eu une crise aiguë de douleurs abdominales. La température s'élève à 38°5.

Elle n'a jamais rien eu *au point de vue génital*, mais souffre d'entérite depuis des années.

On trouve son abdomen augmenté de volume, tendu et douloureux à la palpation.

Au toucher : masse annexielle gauche.

Le col est métritique livrant passage à d'abondantes glaires jaunâtres.

Elle est traitée par le repos absolu au lit, avec glace sur le ventre.

Quelques jours plus tard, la malade, revue, va mieux, le ventre est plus souple, et la température est redevenue normale.

On lui fait quelques séances de diathermie et des pansements au vaccin.

Douze jours plus tard, alors que le toucher faisait prévoir la guérison de la salpingite gauche, il y a brusquement une crise douloureuse avec pseudo-occlusion intestinale.

Après quelques heures d'observation, la malade est transportée dans une clinique, vue la gravité de son état général.

Une laparotonie exploratrice est pratiquée, et on

constate que l'intestin est congestionné et qu'il existe une annexite gauche, mais pas de lésion indiquant une ablation d'urgence.

L'abdomen est refermé : sérum glucosé et huile camphrée. Les suites sont normales, la malade paraît se remettre.

Brusquement, il y a une nouvelle crise douloureuse, cette fois limitée aux annexes gauches. La température est de 40°.

On continue le sérum glucosé et l'huile camphrée et on lui associe une vaccination buccale (bactéintestiphage) et 3 fois par jour un vaccin local en pansements vaginaux. En 3 jours la température est redevenue normale, le ventre souple.

L'examen des sécrétions cervicales ne montre que du colibacille et de l'entérocoque.

La malade est soumise au régime des colites. On continue la vaccination intestinale et les pansements locaux au vaccin. La guérison est complète.

III

Mme Z. Alice. Cette malade a été opérée pour une salpingite gauche en août 1931.

Le 13 mai 1933, la malade vient consulter pour des douleurs dans le bas-ventre. A l'examen on trouve le cul-de-sac droit sensible.

Il y a une légère réaction fébrile.

L'examen des prélèvements met en évidence le gonocoque.

La maladie reçoit une piqûre de propidon et les symptômes s'atténuent.

Le 16 juin la malade revient. Le cul-de-sac est encore sensible.

Un nouvel examen est pratiqué, cette fois il n'y a pas de gonocoques, mais l'entérocoque et le colibacille abondent.

Traitement : vaccin intestinal polyvalent, diathermie.

La malade revue à la fin de septembre était en excellent état.

IV

Mme G. Odette consulte le 3 juillet 1933 pour pertes verdâtres, aqueuses, parfois sanguinolentes. Cette malade a accouché en décembre 1931. Trois mois plus tard, elle a été opérée pour l'appendicite et un kyste de l'ovaire gauche.

On trouve son utérus dévié à droite, les culs-de-sac sont sensibles, l'ovaire droit est augmenté de volume, le col très ulcéré et saignant facilement.

L'examen des sécrétions cervicales montre du colibacille en abondance et des éléments entérococcimorphes.

La malade est traitée par des pansements picriqués, des ovules et un vaccin intestinal. La guérison est complète au bout de deux mois.

CONCLUSIONS

I. — Nous avons remarqué que les affections intestinales accompagnaient souvent les affections gynécologiques. Nous nous sommes demandé quelles étaient les relations entre ces deux entités morbides.

II. — En nous basant sur des travaux récents et sur quelques observations personnelles, nous avons montré que les germes de l'intestin se rencontrent parfois au niveau des organes génitaux. Nous pensons, selon toute probabilité, qu'ils n'en sont pas les hôtes saprophytes mais qu'ils y parviennent et pululent dans certaines conditions pathologiques.

III. — Plusieurs opinions autorisées reconnaissent l'existence d'un syndrome entéro-génital. La bactériologie confirme les constatations cliniques. Mais peut-on affirmer que certaines métrites, salpingites ou vaginites sont d'origine purement intestinale et ne relèvent pas d'autres facteurs étiologiques?

Parmi les quelques observations que nous citons à l'appui de cette thèse il y a de nombreux cas où la puerpéralité ou la blennorragie se retrouve dans les antécédants de la malade. Ici les germes intestinaux

n'ont probablement eu d'autre effet que de réveiller une infection latente. Mais, parfois, on ne retrouve pas d'élément pathogénique autre que l'affection intestinale et c'est dans ces cas seulement que l'on peut admettre l'origine intestinale de l'affection gynécologique. Les résultats encourageants obtenus par l'association du traitement intestinal au traitement gynécologique proprement dit, militent en faveur de cette opinion.

IV. — L'influence de la morbidité intestinale sur la morbidité génitale est clairement établie. Dans une grande mesure on mettra les femmes à l'abri d'une récurrence de leurs affections utérines ou annexielles en surveillant de près leur état intestinal.

Enfin il est indispensable en gynécologie comme dans toute autre branche de la médecine, de dépister systématiquement la cause fondamentale de l'infection et de traiter cette cause en même temps que les symptômes. Quand l'étiologie classique fait défaut, on cherchera toujours l'influence intestinale.

Vu : *Le Doyen,*

ROUSSY.

Vu : *Le Président de Thèse,*

A. GOSSET.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- J.-L. FAURE et SIREDEY. — Traité de gynécologie.
- Xavier COLANERI. — La vaccination buccale dans le syndrome entéro-uro-génital (*Bull. et mem. soc. de méd. de Paris*, n° 3, 1929).
- Xavier COLANERI. — Le syndrome entéro-uro-génital et le colibacille. (*Rev. Franç. de gynéc. et d'obs. sup.* 26, 22-30 juin 1931.)
- Xavier COLANERI. — Syndrome entéro-uro-génital. (*L'Avenir médical*, n° 7, juillet-août 1930.)
- Xavier COLANERI. — Le traitement moderne de la métrite (syndrome entéro-uro-génital). (*Journal de méd. de Paris*, n° 50, p. 767-770, 4 septembre 1930.)
- X. COLANERI et P. MARTIN. — Le syndrome entéro-génital. Son traitement. (*L'Echo médical des Cévennes*, n° 6, juin 1931.)
- X. COLANERI. — Syndrome entéro-uro-génital. Le traitement moderne de la métrite. (*Journ. d'obs. et de gynéc. prat.*, 2^e année, n° 9, nov. 1931.)
- X. COLANERI. — Le syndrome entéro-uro-génital et le colibacille. (*Rev. franç. de gyn. et d'obs.*, juin 1931.)
- X. COLANERI. — Le syndrome entéro-uro-génital et son traitement. (*Le lien médical*, n° 6, juin 1932.)

- L. GROLLET. — Le syndrome entéro-uro-génital. (*Le courrier médical*, 12 avril 1931.)
- FEIGHINE. — Bactériologie et vaccinothérapie des métrites. (*Thèse de Paris*, 1914.)
- FISCH. — L'évolution du colibacille intestinal. (*Rev. de médecine*, n° 1, 1930.)
- M. GALLOIS. — La vaccination uro-gynécologique. (*Jour. de médecine de Paris*, n° 8, 20 février 1930.)
- P. SCHIL. — Métrites chroniques à flore bactérienne d'origine intestinale. (*Paris médical*, 24 juillet 1926.)
-

